...OURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

Revue hebdomadaire publiée par un groupe de Professeurs de la Faculté libre de Médecine et de Pharmacie.

Tout docteur qui enverra au Journal sa thèse en double exemplaire recevra un abonnement gratuit pendant l'année courante.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 56, rue du Port, à Lille.

ABONNEMENT : France : 10 fr. — Étranger (Union postale) : 12

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires au bureau du Journal sera annoncé et analysé, s'il y a lieu.

SOMMAIRE :

ANTISEPSIE GASTRO-INTESTINALE

Dyspepsie. — Gastralgie.
Flatulence.
Acidités.

Pituites. — Diarrhée.
Dysenterie.
Fièvre Typhoïde.

Pastilles et Poudre DE CHARBON DE BELLOC

APPROUVÉ par l'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

Se prend avant ou après les repas.

DOSES par jour { *POUDRE* : 2 à 3 cuillers à bouche. Délayer chaque cuiller dans un demi-verre d'eau et avaler.
PASTILLES : 4 à 10 pastilles. Les laisser fondre dans la bouche.

Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE (A. Champigny & Cie), 19, rue Jacob, PARIS.

CONVALESCENCE ✤ FIÈVRES

Anémie — Débilité — Cachexies

QUINIUM LABARRAQUE

Approbation de l'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

VIN TONIQUE — FÉBRIFUGE — DIGESTIF

Exactement titré et dosé. — Contient tous les principes utiles du quinquina.
(3 gr. de principes toniques et 1 gr. 50 d'alcaloïdes par litre.)

DOSE. — *Un verre à liqueur avant ou après chaque repas.*

Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE (A. Champigny et Cie), 19, rue Jacob, Paris

---

POUDRE SIROP ÉLIXIR

PILULES DEFRESNE

A LA PANCRÉATINE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

GASTRITE DYSPEPSIE

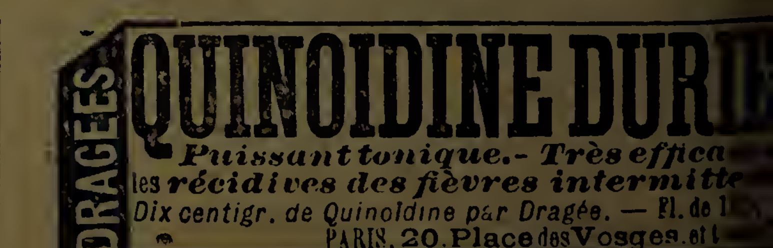
1 gr. transforme simultanément :
35 gr. albumine ; 20 gr. corps gras ; 25 gr. amidon.

DIABÈTE GASTRALGIE

DEFRESNE, Auteur de la Peptone Pancréatique, 4, Quai du Marché-Neuf, PARIS, et Pharmacies.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine — Plus ac''f et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles). 0g05 à chaque repas. — 14, rue des Beaux-Arts, Paris.



JOURNAL

DES

SCIENCES MÉDICALES

DE LILLE

Numéro 38. **22 Septembre 1900.**

TRAVAUX ORIGINAUX

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POUR CANCER DU PYLORE. — GUÉRISON [1]

Par le Dr Delassus, professseur à la Faculté libre de Médecine de Lille.

Mlle J..., 39 ans, a souffert de l'estomac depuis plus de dix ans d'une façon, pour ainsi dire, constante. Ce sont les symptômes ordinaires de l'hyperchlorhydrie. Mais depuis cinq mois, elle maigrit considérablement au point qu'elle n'est plus reconnaissable. Elle vomit tout ce qu'elle prend.

Les docteurs qu'elle a consultés récemment n'ont pas eu de peine à constater tous les signes d'un *cancer du pylore* et lui ont conseillé de recourir à la chirurgie pour essayer de remédier à une situation dont ils n'ont pas caché la gravité à la malade, très intelligente, et à la famille.

Je la vois pour la première fois le 4 avril. C'est une femme très maigre, au teint pâle mais non cachectisé. Elle se dit et paraît très faible, mais elle peut encore travailler et mener la vie ordinaire.

A l'examen du ventre, ce qui frappe à première vue, c'est une tumeur située juste au-dessus du nombril, soulevant légèrement la paroi abdominale, montant et descendant avec les mouvements respiratoires, étendue de droite à gauche,

(1) Communication à la Société des Sciences médicales de Lille. Juin 1900.

son milieu sur la ligne médiane, large, de bas en haut, de trois bons travers de doigts, longue de quinze centimètres environ. Elle est assez sensible à la pression, on la fait mouvoir, semble-t-il, dans tous les sens et ces divers caractères font penser à une tumeur de la grande courbure de l'estomac empiétant sur le pylore dont les vomissements continus indiquent l'obstruction. Pas de ganglions dans le coù ni ailleurs. Pas de diarrhée.

Mise au courant de sa situation avec une suffisante précision, la malade nous demande l'opération, dont elle sait les dangers et les risques.

La famille nous donne carte blanche et pouvoir de faire ce que nous jugerons pour le mieux de la malade qu'elle nous confie.

L'opération est faite le 10 avril à le maison Saint-Raphaël. Comme toujours le Dr Faucon nous prête son concours précieux. M. Bonte donne le chloroforme. Incision médiane au dessus de l'ombilic jusqu'à l'appendice xyphoïde.

La tumeur apparaît aussitôt et est reconnue pour appartenir à l'estomac. Elle occupe tout le pylore, remonte le long de la petite courbure de l'estomac, envahit la première partie du duodénum, et trois à quatre centimètres de la partie antérieure de l'antre pylorique.

Toute la grande courbure est indemne, il n'y a pas d'adhérences aux organes voisins.

Une partie de l'estomac sort de la cavité abdominale quand la malade fait des efforts, mais la partie qu'on en peut tirer ne comprend pas la région avoisinant le cardia que le doigt sent envahie par le néoplasme.

Cette constatation m'indique que le seul traitement raisonnable et applicable, c'est la gastro-entérostomie.

Relevant le grand épiploon et le colon, je vais rechercher le jéjunum. Il est facile à trouver. Il est dilaté, plus même que les autres anses intestinales. Je perfore le méso-colon transverse, le jéjunum est passé à travers cette boutonnière,

et amené au contact de la face postérieure de l'estomac. Malheureusement la partie de cet organe qu'après traction, je puis mettre en rapport avec l'intestin, n'est pas saine.

J'abandonne la face postérieure pour chercher sur la face antérieure une meilleure région. Je la trouve sans peine.

Une pince à crémaillère comprime l'intestin en amont, une autre le comprime en aval à une distance de dix centimètres après que l'intervalle a été vidé. Je fais faire à l'anse ainsi coprostasié un demi-tour de façon à ce que la circulation intestinale ne soit pas troublée.

L'estomac et l'intestin sont adossés par leur bord postérieur. Un surjet séro-musculeux les unit étroitement l'un à l'autre sur une étendue de huit centimètres au moins, les points assez rapprochés à un 1/2 centimètre.

Alors, appliquant les deux viscères dans la position que je désire leur voir garder après l'opération, c'est-à-dire largement adossés, je réunis, par une série de points passés, les deux bords supérieurs de l'adossement, mais les anses ne sont pas serrées ; loin de là, elles ont très grand jeu, de telle sorte que les prenant dans une pince, on les écarte du champ opératoire. L'intestin est alors incisé sur une longueur de six centimètres.

Vis-à-vis de cette incision, une semblable est faite à l'estomac et je réunis par un surjet muco-musculeux les deux lèvres postérieures de la bouche gastro-intestinale. La même opération est faite sur les lèvres antérieures avec cette précaution que le bord de la section soit rebroussé vers l'intérieur. Les anses mises provisoirement sur les deux organes sont alors serrées. Comme elles ne sont pas suffisantes, je fortifie le tout par de nombreux points de renfort là où besoin est. L'opération est terminée quand j'ai la confiance qu'aucune fuite ne se produira.

Il s'était écoulé une grande quantité de liquide de l'estomac. Il fut recueilli avec soin dans des plats à barbe et sur des coussins de compresses. Le ventre fut refermé avec soin au moyen des sutures ordinaires.

L'opération, qui n'avait présenté d'ailleurs aucun incident et qui avait marché on peut dire sans accroc, avait demandé juste deux heures.

Le pansement fait, je constate que la malade est dans un état syncopal inquiétant. Je la place aussitôt sur le lit à renversement et après l'emploi de tous les moyens classiques, flagellation, piqûres d'éther, de sérum artificiel, tractions sur la langue, réchauffement, je parviens littéralement à l'empêcher de mourir.

Elle passe l'après-midi sur un lit spécial, la tête en bas, et encore vers deux heures, eût-elle une syncope telle qu'on la crut perdue !

Voici le journal des suites opératoires :

Premier jour. — La malade est remise dans la position horizontale à 6 heures du soir. L'état général est assez bon. Une piqûre de 1/2 centigramme de morphine lui procure une nuit calme.

2e jour. — L'opérée dit avoir faim : Elle éprouve quelques douleurs dans le ventre quand elle fait quelques mouvements. Etat général excellent. T. 37 et 37°6. P. 106 et 120.

3e jour. — Premier vomissement. Pouls à 120. Je lui fais injecter 500 gr. de sérum. Le soir, mieux sensible ; le pouls est tombé à 108. Douleurs à gauche et dans le ventre. Pas de ballonnement ; elle rend un gaz par l'anus. Il n'y a plus que des nausées. L'état général est encore médiocre. Nouvelle injection de 500 gr. de sérum. Enervement, traits tirés. T. 37°4.

4e jour. — Peu de sommeil, vomissements jaunâtres. Sérum injecté : 700 gr. Etat général bon, lavements nutritifs au lait et au bouillon ; le pouls est à 84.

5e jour. — Etat bon. A vomi la nuit. Urine bien en abondance. On continue le sérum et les lavements nutritifs au lait. Bouillon et œufs, avec un verre de cognac. Pouls, 90.

6e jour. — A encore vomi la nuit. Dans la journée, une première selle odorante et abondante. Affaissement général assez prononcé.

7e jour. — Nuit agitée ; ne vomit plus, boit du lait. Fort énervée dans la journée. P. 90, une selle. Plus de sérum. 1/2 piqûre de morphine.

8e jour. — Bonne nuit. Boit du lait sans vomir ; une selle jaune et liquide. Lavement de lait.

9e jour. — Vomit encore un peu. Selle abondante. Agitation ; j'enlève les fils de la suture qui tient dans la perfection.

Les jours suivants, le mieux s'accentue de jour en jour. Parfois un léger vomissement. L'alimentation se fait de mieux en mieux.

Je voudrais faire ici les réflexions qui naissent d'elles-mêmes du sujet et de l'opération.

Et d'abord, le diagnostic du cancer n'était pas difficile : il s'imposait. Mais le siège, qui semblait si nettement la courbure inférieure de l'organe à la palpation, était, au contraire, le bord supérieur et le pylore.

Cela tenait à l'abaissement total de l'organe, à l'envahissement de la zone pylorique et de la première partie du duodénum, le tout constituant une bande de quinze centimètres de large.

Le foie recouvrait le bord supérieur de la masse et empêchait toute palpation de ce côté.

Mon confrère et moi avons rapidement discuté la question de l'enlèvement partiel de l'estomac. Mais la hauteur de la propagation, l'état précaire de la malade, nous ont fait bien vite renoncer à cette intervention. La suite nous apprit que ce parti était sage. L'opérée n'en serait pas revenue.

Pourquoi ai-je fait la gastro-entérostomie antérieure et non la postérieure ?

La proximité du cancer dans la zone postérieure accessible après traction nous a détourné de cette solution et Terrier a donné fermement ce conseil de s'éloigner des tissus malades et de ne pas craindre alors la face antérieure. Bien nous en prit encore, car la vidange de l'estomac nous eût donné de fâcheux ennuis. Combien de probabilités que le flot de

liquide stomacal se serait écoulé en partie dans la grande séreuse, malgré les compresses. Ceci m'amène à parler de la question du *lavage stomacal* avant l'opération. Je ne l'ai pas fait, car, de mes lectures, il m'était resté l'impression qu'il était déprimant pour le sujet avant l'opération, et qu'il n'était pas indispensable de le pratiquer pour réussir.

Nous avons tous eu cette impression que, dans notre cas, il eût été préférable de le pratiquer. Le succès quand même de l'intervention fait encore partager cet avis et admettre l'utilité de ce moyen préventif de vidange.

A propos de l'adossement des organes, on aura remarqué que j'ai fait faire à l'anse intestinale une torsion d'un demi-tour. Certains auteurs ont insisté sur ce point. Il est juste d'en reconnaître la logique physiologique.

L'explication sera des plus simples, éclairée par un dessin.

Il est facile de voir que si j'adosse simplement l'intestin à l'estomac, sans ce demi-tour, le liquide sortant de l'estomac et allant de gauche à droite va rencontrer le liquide de l'intestin allant, lui, de droite à gauche, d'où conflit, remous et reflux dans la cavité stomacale.

Dans l'espèce, ce liquide intestinal c'est la bile et le suc pancréatique. On a, par ce moyen, expliqué les vomissements incœrcibles de bile qui ont tourmenté longtemps des opérés. Comme ce n'est pas une complication que de recourir au petit procédé indiqué, nous l'avons employé.

Pour les sutures, j'ai suivi le procédé de Terrier. J'ai, sur son conseil, placé en second lieu la rangée de fils qui ne devraient se placer qu'à la fin. Le motif de cette façon de faire est que leur placement se fait ainsi avant l'ouverture des viscères, c'est-à-dire à sec. C'est, en effet, un avantage. Mais tous ceux qui ont assisté à l'opération ont reconnu les inconvénients suivants : ces fils longs et les pinces qui les tiennent encombrent la région et la font ressembler à un carreau de dentellière ; ils sont souillés pendant la vidange stomacale plus qu'ils ne le seraient si on les mettait en place

après fermeture de la bouche anastomotique ; ils forcent à manipuler l'intestin pour trouver le point précis d'adossement qui s'indiquerait de lui-même, l'anastomose une fois faite. Nous avons eu ici un exemple de l'intensité du choc auquel sont exposés ces malheureux cancéreux, et je ne doute pas que sans la précaution de maintenir, *six* heures durant, la malade dans la position renversée, elle eût succombé dans les heures qui suivirent l'opération, sinon immédiatement.

Comme résultat physiologique, je noterai la persistance des vomissements pendant les cinq premiers jours. Ils étaient mélangés de sang et de bile à couleur jaunâtre. Le sixième jour, nous obtenions spontanément une selle diarrhéique à odeur fétide ; depuis lors, les vomissements ont presque complètement cessé.

Les *injections de sérum* ont paru avoir dans ce cas leur action bienfaisante ordinaire, c'est à eux, certainement pour une part, que l'on doit la possibilité de la dépuration urinaire. La malade urinait, en effet, régulièrement et en bonne quantité. Cela provenait en grande partie du liquide absorbé par la peau, puisque par la bouche elle ne prenait absolument que quelques cuillerées à café d'eau. Les lavements de lait, vin, bouillon, à raison de trois par jour de 1/2 litre chacun, ont leur part dans ce résultat.

Je n'ai pas purgé la malade comme je le fais dans toutes mes laparotomies, persuadé qu'elle aurait vomi le médicament.

Du côté du ventre, je n'ai eu d'autre réaction qu'une légère douleur à gauche quand l'opérée toussait et même riait — cela lui arrivait.

Jamais vu le moindre degré de ballonnement de l'abdomen, aucune sensibilité, la ligne de suture a présenté la suppuration, que nous voyons si fréquemment et qui est due au catgut.

Cet incident n'a pas empêché l'opérée de retourner chez elle dans de très bonnes conditions et de faire assez aisément

trois heures de chemin de fer. La cicatrisation de sa ligne de suture s'est faite lentement et sans encombre.

J'ai pu revoir mon opérée trois mois plus tard (juillet) (1). Elle n'a plus vomi depuis son retour chez elle. Elle n'a pas maigri, peut-être même aurait-elle augmenté. Son poids est d'ailleurs caractéristique de sa situation. Elle ne pèse que 31 kilos !

Localement, la masse cancéreuse s'est développée d'une façon sensible. Elle a maintenant le volume de deux poings. Elle déborde l'ombilic dans tous les sens.

Cette continuation du développement de la tumeur avec une telle rapidité permet, je pense, d'éliminer l'hypothèse qu'il s'agirait dans l'espèce d'un ulcère stomacal plutôt que d'un cancer, à cause des formes hypertrophiques que prennent parfois les premiers.

Comme conclusion, je dirai donc :

Il serait à désirer que les malades présentant des symptômes qui font penser à une néoplasie stomacale, en présence de l'insuccès des remèdes ordinaires, fussent plus rapidement remis entre les mains des chirurgiens.

Ces interventions *in extremis*, en chargeant les statistiques des fautes de l'expectation, se font redouter des médecins et des malades à cause de leurs résultats médiocres.

Les opérations palliatives, comme la gastro-entérostomie, soulageront les pauvres malades dont la situation est si pénible parfois.

Les interventions radicales donneront parfois des survies et même des guérisons absolument inespérées.

Mais là comme ailleurs, le succès a pour condition indispensable une intervention précoce.

---

(1) Actuellement, 22 septembre, la malade vit encore. Elle revient d'un voyage à Lourdes. Je n'ai pas de détails sur sa santé.

NOTE CLINIQUE

Nouvelle observation de fibrome utérin compliqué de cancer : fibromyome et cancer du corps; volumineux kyste de l'ovaire droit ayant subi la dégénérescence épithéliomateuse secondaire. Ovaire gauche également cancéreux. Hystérectomie abdominale totale. Guérison, par M. le Dr VERSTRAETE, chef de clinique chirurgicale (1).

La coexistence du fibrome et du cancer de l'utérus a fait le sujet de notre thèse inaugurale (2). Nous avons démontré qu'elle était relativement fréquente, puisque nous avons pu en réunir 87 cas : six nous sont personnels; en voici un septième ce qui porte à cinq le nombre de ceux observés par notre maître le Dr Duret, dans ces dernières années.

Depuis la publication de notre travail, plusieurs auteurs ont été amenés à s'occuper de cette intéressante question, nous les signalerons plus loin, auparavant qu'il nous soit permis de relater notre remarquable observation.

X..., 50 ans, *virgo intacta*, réglée à 15 ans, régulièrement toutes les quatre semaines; les règles durent trois jours, sont peu abondantes, ne sont pas douloureuses. Aucune perte dans l'intervalle.

Il y a deux ans, en avril 1898, la ménopause s'établit; la dernière menstrue est marquée par une hémorrhagie considérable. La malade reste tranquille pendant trois ou quatre mois; à partir de cette époque, elle commence à perdre à peu près tous les jours et de plus en plus. Toutes les deux ou trois semaines, il y a recrudescence avec véritables hémorrhagies qu'elle met sur le compte du retour d'âge. Les pertes sont odorantes et finissent

(1) Communication à la Société anatomo-clinique de Lille.

(2) VERSTRAETE : Du fibrome utérin compliqué de cancer épithélial Th. Paris, 1899. — Carré et Naud, édit.

par devenir tellement abondantes qu'elle souille jusqu'à dix serviettes par jour. Malgré cela, elle se préoccupe très peu de son état; elle ne consulte un médecin qu'au mois de mars 1900.

Celui-ci trouve une grosse tumeur dans le ventre et diagnostique, probablement au palper simplement, un fibrome utérin. L'attention de la malade étant attirée de ce côté, elle commence à s'apercevoir que son ventre est réellement gros, constatation qu'elle n'avait point faite auparavant. De plus elle est prise à cette époque de douleurs dans le bas-ventre, douleurs qui s'irradient dans les lombes, restent à peu près supportables, mais présentent des paroxysmes qui rendent la situation pénible.

L'amaigrissement qui, paraît-il, ne s'était pas fait remarquer jusqu'à ce temps, commence à inquiéter l'entourage. La miction et les selles sont normales. L'appétit est ordinaire.

Antécédents héréditaires : père et mère morts on ne peut savoir de quelle maladie, mais il ne semble pas qu'ils aient succombé à une tumeur ; une sœur bien portante.

Antécédents morbides personnels : gastralgie ; un peu de nervosisme, constitution forte.

C'est dans ces conditions et avec cet interrogatoire qu'on ne peut approfondir que la malade entre à la maison de santé Saint-Raphaël pour y être opérée par M. le Dr Duret.

Le chirurgien constate que le ventre est fortement distendu, comme s'il s'agissait d'une grossesse à terme. A la palpation, il perçoit une grosse tumeur dure, remontant à cinq travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est régulièrement arrondie dans sa partie supérieure et occupe la région médiane ; dans la région sous-ombilicale, la palpation est moins nette, la tumeur semble se continuer avec une énorme masse moins résistante qui occupe tout le flanc droit. Le flanc gauche est plus libre. La sensation est celle d'un fibrome. A la percussion, matité absolue de la tumeur et de toute la région sous-ombilicale du côté droit. Il existe une sonorité limitée dans le flanc gauche et dans la région de l'épigastre.

Au toucher vaginal, après rupture de l'hymen, on trouve un col petit, régulier, sans altération, un col de vierge en somme. Les culs-de-sac latéraux, surtout le cul-de-sac droit, paraissent

plus ou moins remplis par la tumeur ou ses prolongements. On n'obtient par le toucher et le palper combinés qu'une mobilité relative de la tumeur. Il semble évident, cependant, que la partie principale de la tumeur appartient à l'utérus. Le catéthérisme utérin n'est pas fait.

M. Duret porte le diagnostic de fibrome utérin compliqué de cancer du corps de la matrice. L'énorme volume de l'utérus et sa dureté ne permettent pas de croire qu'il s'agisse uniquement de cancer, d'autre part les pertes continuelles de la malade, avec leur caractère de fétidité spéciale, doivent faire redouter une dégénérescence cancéreuse de la muqueuse corporéale, le col utérin étant resté intáct.

L'*opération* est faite le 19 avril 1900 par M. le Dr Duret qui veut bien utiliser notre concours. Laparotomie remontant à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'ombilic. Il y a une petite quantité d'ascite hématique. L'utérus apparaît à peu près lisse, d'un volume qui dépasse celui d'une tête d'adulte. La partie supérieure des ligaments larges est pincée et coupée de chaque côté, on taille un lambeau péritonéal antérieur et on récline facilement la vessie, en arrière la taille du lambeau et sa dissection sont gênés par une énorme masse qui paraît indépendante de l'utérus. On finit cependant par dégager la tumeur. Les annexes gauches qui, à simple vue, paraissent normales sont extraites aisément. Il n'en est pas de même à droite où on ne les trouve pas, on coupe alors le ligament droit de ce côté à ras de la tumeur après hémostase. On perfore de suite le cul-de-sac vaginal antérieur pour attirer le col et on finit la section vaginale à ras de la tumeur en pinçant les utérines de chaque côté au passage.

La masse principale étant enlevée, on s'occupe de la tumeur qui occupe le flanc droit et la plus grande partie du bassin; il s'agit d'un volumineux kyste de l'ovaire droit, qu'il faut énucléer en rompant une multitude d'adhérences assez lâches.

Le sang perdu pendant ce temps opératoire est en quantité peu considérable.

Hémostase définitive sans incident. Toilette minutieuse du bassin. Drain abdomino-vaginal posé après avoir rétréci la brêche vaginale par quelques points de catgut.

Fermeture du ventre.

L'opération, bien que d'une difficulté considérable, a été menée rapidement ; la malade après cette grave intervention est dans un état satisfaisant.

Suites opératoires. — Ecoulement vaginal séro-sanguinolent abondant pendant 2 ou 3 jours, diminue ensuite rapidement. Pas de réaction péritonéale. Enlèvement des crins de Florence au 9e jour, réunion par première intention, suppression du drain abdomino-vaginal au 12e jour. La malade se lève au 15e jour et quitte la maison de santé au 21e jour entièrement guérie.

Depuis nous avons pu avoir de ses nouvelles ; elle a repris ses occupations, il n'y a pas d'écoulement par le vagin ; actuellement la situation est excellente.

Examen des pièces. — Elles sont portées au laboratoire de M. le professeur Augier où M. Danel, chef de laboratoire, nous remet la note suivante :

Examen macroscopique. — La tumeur principale du volume d'une grosse tête d'adulte pèse 1110 grammes, ses dimensions sont de 20 cent. en hauteur, non compris le col de l'utérus. La largeur est de 15 cent. Elle représente un utérus de 6 mois de grossesse, se compose de deux portions, une portion supérieure et une portion inférieure. La première, qui en forme un peu plus d'un tiers, est constituée par un fibrome du volume d'une grenade accompagné de plusieurs petits fibromes appendus à la surface. La seconde n'est autre que la cavité utérine énormément dilatée et presque comblée par les masses friables, gris-rosé, granuleuses, d'apparence épithéliomateuse ; on remarque principalement un bourgeon du volume d'une pomme recouvert du même tissu friable. Si l'on fait une section intéressant ce bourgeon néoplasique et toute la paroi utérine sous-jacente, on constate que cette dernière, d'une épaisseur moyenne de 5 centimètres, est infiltrée dans la plus grande partie, par un tissu blanchâtre, mollasse, en continuité évidente avec les végétations intra-utérines. Le tissu utérin est très vasculaire. Quant au bourgeon lui-même, il est difficile d'affirmer s'il ne s'agit pas d'un fibrome infiltré, mais à l'œil nu, il semble qu'il est plutôt constitué simplement par du tissu épithélial.

Le cancer a respecté le fibrome supérieur. Le col de l'utérus est un col de vierge de 5 à 6 centimètres de longueur sans aucune altération.

La cavité cervicale est absolument saine faisant contraste avec l'aspect fongueux et ulcéré du néoplasme de la cavité corporéale.

Annexes. — L'ovaire droit forme un kyste du volume d'une tête de fœtus. La surface est couverte d'adhérences lâches. La trompe est transformée en un kyste du volume d'une noix dans sa moitié abdominale. Il s'en écoule un liquide séreux à la coupe. L'orifice abdominal est complètement fermé. Le kyste ovarique lui-même, ouvert en deux moitiés, laisse s'échapper un liquide hématique légèrement visqueux. Il montre un grand nombre de kystes secondaires et une quantité de petits modules d'aspect cancéreux. Les petits kystes eux-mêmes ont les uns une paroi interne lisse, tandisque d'autres sont occupés par des bourgeons d'aspect épithéliomateux. Il est difficile de trouver en aucun point du tissu ovarien sain.

L'ovaire gauche du volume d'une amande, a lui-même subi la dégénérescence cancéreuse.

La trompe de ce côté paraît saine.

Examen microscopique. — Les coupes pratiquées sur un fragment de la *tumeur utérine* ont été colorées au carmin aluné. Elles montrent les faisceaux musculaires de l'utérus, coupés sous différents plans et dissociés par de volumineux amas de grosses cellules épithéliales dont le noyau est très apparent. Ces éléments sont polymorphes, certains d'entre eux ont des dimensions colossales. Il n'y a pas de globes épidermiques. Les amas épithéliaux sont de volume très variable ; ils sont petits, mais relativement nombreux au voisinage de la séreuse péritonéale, où ils apparaissent sous forme de petits nodules comme perdus au sein de la masse musculeuse et du tissu conjonctif. Vers la surface de la cavité utérine, au contraire, ils constituent des blocs d'éléments cellulaires dont les plus superficiels sont nécrosés et se détachent de la masse. Nous avons donc affaire à un carcinome alvéolaire diffus, ayant pris naissance aux dépens de la muqueuse du corps utérin.

L'ovaire gauche, examiné dans ses points les plus altérés, montre le même tissu néoplasique, composé de gros éléments épithéliaux, séparés ici par une trame conjonctive fibrillaire peu abondante et qui contient un certain nombre de vaisseaux.

Sur le fragment examiné au microscope, il n'a pas été possible de trouver trace du tissu ovarien proprement dit. Il s'agit d'une métastase cancéreuse, d'un cancer alvéolaire secondaire, les éléments néoplasiques présentant les mêmes caractères et le même mode d'arrangement que dans la tumeur primitive du corps de l'utérus. Même remarque pour les parois du kyste de l'ovaire droit.

Réflexions. — 1° Nous disions en commençant que les faits de coexistence de fibrome et de cancer de l'utérus s'accumulent. Depuis notre travail, le Pr Ferroni (1) a rapporté bon nombre d'observations; il en donne six nouvelles et, sans vouloir trancher la question de pathogénie, expose les diverses théories. A la Société médicale d'Amiens (2), le professeur Pauchet dit en propres termes : « La plupart des cancers du corps utérin que j'ai opérés, avaient pris naissance dans de petits utérus fibromateux qui, après avoir laissé les malades au calme pendant plusieurs années, ont ensuite donné naissance à des écoulements sanguins et à des douleurs annonçant la transformation maligne. »

Plus tard, le Pr. Pauchet (3) présente un de ces utérus

(1) Ferroni. — Notes cliniques et anatomo-pathologiques sur quelques cas d'utérus atteints en même temps de cancer du col et fibromyomes du corps. (*Annali di obstetricia e ginecologia*, 1899, n° 3, p. 279.)

(2) Pauchet. — Traitement des fibromes de l'utérus. Statistique de 61 opérations. *Gazette médicale de Picardie*, août 1899, p. 263.

En janvier 1899, le Dr Moulonguet (*Gaz. méd. de Picardie*, 1899, p. 18) profite de la présentation d'une pièce pathologique analogue pour se déclarer partisan de l'hystérectomie abdominale, de préférence à la vaginale, dans ces cas complexes. Son cas, concernant une femme de 40 ans, est intitulé : Cancer du col de l'utérus, fibrome pariétal du fond de l'utérus; pyosalpingite gauche.

Un fibrome enlevé par Fournier, par l'hystérectomie abdominale et présenté par lui à la Soc. méd. de Picardie comme *fibrome dégénéré très hémorrhagique*, n'est probablement, ainsi que le dit Moulonguet, qu'un utérus fibromateux atteint de cancer du corps (*Gaz. méd. de Picardie*, avril 1900, p. 100.)

(3) Pauchet. — Dégénérescence cancéreuse des fibromes utérins. — De la valeur de son traitement chirurgical (*Gaz. méd. de Picardie*, 1900, n° 2, p. 43).

fibromateux dont la cavité est bourrée de végétations cancéreuses, le tissu fibreux est lui-même infiltré par les masses épithéliales. C'est le cinquième qu'il opère dans ces conditions, toujours il a dû intervenir par la voie abdominale, quelquefois après avoir reconnu son impuissance à mener à bonne fin son opération commencée par la voie basse.

Ses conclusions sont importantes à retenir :

1° Quand nous constaterons la dégénérescence d'un fibrome, ne l'opérons que si l'infection n'est encore qu'à son début ;

2° Intervenons toujours par la voie abdominale en enlevant l'utérus d'un bloc.

3° Prévenons la dégénérescence des fibromes, en nous souvenant que cette dégénérescence a lieu au moment de la ménopause et en appliquant le précepte depuis longtemps formulé par Péan et Doyen : « Tout fibrome reconnu sera opéré ».

Claisse (1), dans sa thèse, est amené à noter la fréquence de la coexistence du fibromyome et du cancer de l'utérus ; il l'a constatée deux fois.

Nous devons signaler, pour être complet, deux observations présentées à la Société anatomique de Paris, la première par Leuret (2) (Gros fibrome du corps et épithélioma du col. Poids de la tumeur : 1.200 grammes, femme de 45 ans, tripare, hystérectomie abdominale totale, guérison) ; la seconde par Bouglé (3) (Fibromes multiples du corps, cancer pavimenteux à point de départ dans la muqueuse vaginale du col, mais développé uniquement dans la cavité du corps de l'utérus (figure). Cancer des ovaires, hystérectomie abdominale sus-vaginale. Guérison.)

2. — Le diagnostic de fibrome et de cancer de l'utérus est possible même quand il s'agit de fibrome et de cancer du corps.

---

(1) A. Claisse. — Recherches sur le développement des fibromyomes et des adénomyomes de l'utérus. Thèse, Paris 1900. Steinheil, éditeur.
(2) Leuret. — Bull. Soc. anat. de Paris. Juillet 1899, p. 738.
(3) Bouglé. — Bull. Soc. anat. de Paris. Mai 1900, p. 514.

M. le P. Duret a pu le porter d'une manière formelle dans le cas que nous rapportons. Si on veut bien se reporter à l'une des conclusions de notre thèse, on verra que notre cas y répond parfaitement.

« Si en même temps qu'il existe un fibrome utérin, il se fait par le vagin un écoulement séreux, louche, très souvent odorant, s'il se produit des hémorrhagies violentes, des accès douloureux intenses comme expulsifs, surtout si ces accidents se manifestent à la ménopause vers la cinquantaine, ils doivent faire soupçonner la coexistence d'une dégénérescence maligne de la muqueuse utérine. L'examen direct permettra souvent d'affirmer le diagnostic. »

3. — L'hystérectomie abdominale (1) précoce est presque toujours la seule opération rationnelle. L'hystérectomie *totale* doit même être préférée pour cette raison à la *subtotale* dans le traitement du fibrome simple. Après cette dernière opération on a vu plusieurs fois le moignon utérin subir la dégénérescence épithéliale. Pichevin (2), qui a pu observer une malade opérée dans de telles conditions par le Pr Le Dentu, atteinte plus tard d'épithélioma du col, pense qu'il vaut mieux débarrasser entièrement de leur utérus les femmes qui ont des fibromyomes utérins. Dans le cas de Bouglé cité plus haut, une opération partielle ayant été faite, une seconde intervention sera nécessaire.

---

(1) Aujourd'hui une tendance se manifeste vers les opérations conservatrices ; il semble cependant que la myomectomie si captivante *a priori* n'aura qu'une durée éphémère. Au XIIIe Congrès international de médecine, tenu à Paris, Dimétri de Ott, de Saint-Pétersbourg (3 août 1900) paraît préconiser la voie vaginale quand il dit que « le morcellement dans les cas de volume considérable de l'organe ou de complication par les tumeurs fibreuses, *fréquentes* dans les cas de cancer de l'utérus, doit être considéré comme une conquête de grande valeur dans la chirurgie gynécologique ». — *Presse médicale*, 4 août 1900, p. 80.

(2) R. Pichevin. — Dégénérescence maligne des fibromyomes utérins. — *Semaine Gynécol.* Janv. 1900, p. 1.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 4 Avril 1900. — Présidence de M. DURET, président.

La correspondance comprend un travail du docteur Belin sur un *cas de kyste dermoïde du médiastin, guéri par pneumectomie partielle.*

1° **Cancer latent du corps de l'utérus et kyste de l'ovaire,** avec présentation de pièces, par M. PUJEBET, externe des hôpitaux *(sera publié).*

M. DURET.— Cette observation constitue encore un nouveau fait qui permet d'établir une relation entre les affections de la matrice et les kystes de l'ovaire. On peut se demander, en effet, si le kyste est antérieur ou postérieur à l'altération utérine? Il ne semble pas douteux qu'il s'agisse dans le cas qui vient d'être rapporté, d'un kyste secondaire, l'importance et l'ancienneté des lésions utérines permettent d'affirmer que ces lésions étaient antérieures ou tout au moins contemporaines à la formation du kyste; je ferai remarquer aussi que, dans le cas présent, c'est le kyste qui a appelé l'attention, car le cancer n'avait pas été diagnostiqué et ce fut seulement au cours de l'intervention que l'on remarqua que l'utérus était gros ce qui me décida à en pratiquer l'ablation. L'existence du cancer ne devint évidente qu'après la section de l'organe enlevé.

2° **Fibrome utérin, ablation. — Guérison,** avec présentation de pièces par M. BARBRY, externe des hôpitaux.

Angèle B..., 32 ans, couturière entre à l'hôpital pour des douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs présentent un caractère d'acuité particulière, s'exacerbent par la plus petite fatigue et s'irradient principalement au périné.

Réglée à 15 ans, ses règles ont toujours été régulières avec une durée de 1 à 2 jours. Elles n'ont jamais été douloureuses.

Rien d'autre à noter que des troubles dyspeptiques qui durent depuis huit ans et sont accompagnées de vomissements incoer-

cibles de temps à autre. Tous les 8 ou 10 jours, la malade éprouve aussi des accès de migraine.

Les douleurs du bas-ventre durent depuis 7 mois et depuis la même époque ses règles sont plus abondantes et durent 4 jours au lieu de 2 ou 3 comme par le passé. Chose intéressante à noter, il n'y a jamais eu d'hémorrhagie dans l'intervalle des règles. Le ventre a grossi un peu.

Les mictions sont normales, mais elles ont été douloureuses au debut des premiers accidents.

Examen. — Par le palper bimanuel on sent que le vagin est rétréci à sa partie moyenne, le col est étalé, peu saillant. En suivant la face antérieure de l'utérus, on se rend compte d'une hypertrophie régulière et assez considérable de l'organe resté mobile cependant.

Le corps utérin parait refouler en arriére.

Rien de précis dans les culs-de-sac.

Le diagnostic ne peut hésiter qu'entre un fibrome et une grossesse de 4 à 5 mois, mais vu la persistance des règles, on élimine la grossesse.

Au spéculum on voit que le col est petit, étalé, violacé.

Opération le 3 avril. — M. Duret fait une hystérectomie abdominale totale, en taillant deux lambeaux péritonéaux, l'un antérieur, l'autre postérieur pour les suturer ensuite. On place un drain abdomino-vaginal et un second dans le cul-de-sac postérieur. Avant d'être désinsérée du péritoine, la tumeur a du être énucléée de la cavité pelvienne ou elle était enclavée, et a fait entendre à sa sortie un bruit net, comparable à celui d'une bouteille qu'on débouche.

La tumeur consistait en un fibrome de la paroi antérieure gros comme deux poings.

M. Duret. — C'est un cas intéressant à cause de la conduite chirurgicale à tenir en pareille occasion. J'ai hésité dans la circonstance entre deux procédés : l'hystérotomie ou l'hystérectomie. Je me trouvais en face d'un utérus augmenté de volume dans sa partie corporéale, mais de façon généralisée comme dans la grossesse ; le diagnostic aurait pu même être hésitant, car l'hystérométrie n'était pas possible. Il

s'agissait d'un fibrome développé dans la paroi antérieure de l'utérus dans la région sous-annexielle. Dans ce cas j'ai pratiqué l'hystérectomie totale pour les raisons que j'ai indiquées dans une précédente séance ; c'était un utérus assez volumineux, rétrofléchi, ayant encloué son fond et son fibrome dans la cavité pelvienne. Par l'hystérotomie, en énucléant le fibrome de la paroi, j'aurais pu conserver les annexes ; on a considéré cette opération comme plus grave, mais je n'en vois pas bien les raisons. On redoute peut être les dangers d'infection à la suite de l'épanchement de sang dans la cavité, d'où a été énucléée la tumeur, mais on pourrait y obvier en fixant l'utérus à la paroi abdominale antérieure et en drainant. J'aurais pu, dans ce cas, pratiquer cette opération ; mais en agissant autrement, j'ai cédé au désir de la malade qui tenait surtout à une intervention complète qui éloignerait pour elle toute possibilité de récidive.

Je me serais trouvé, d'ailleurs, en présence de grandes difficultés. Une hémorrhagie grave était fort à redouter ; de plus, l'examen de la pièce a montré qu'il existait de grandes adhérences très résistantes ; la tumeur atteignait presque la paroi interne de la matrice, et en l'énucléant, on courait grand risque de pénétrer dans la cavité utérine et d'augmenter ainsi les dangers d'infection.

Une dernière indication venait encore s'ajouter en faveur de l'hystérectomie. C'était l'existence probables d'autres petits fibromes passant inaperçus et continuant à se développer après l'opération.

M. Barbry. — En examinant attentivement la pièce, on constate, en effet, deux petits noyaux du volume d'un petit pois situés sur la paroi postérieure soulevant à peine le péritoine et qui sont probablement aussi de nature fibromateuse.

M. Camelot. — Ne serait-il pas possible, dans ce cas, de laisser les annexes pour éviter ainsi les troubles consécutifs à l'ablation des ovaires, troubles qui atteignent quelquefois une certaine gravité.

M. Duret. — J'ai pratiqué l'ablation complète, car j'ai remarqué fréquemment que les femmes continuaient à souffrir de leurs annexes ; dans la plupart des cas, il y a en effet des altérations concomitantes des ovaires. Ces altérations ne sont pas toujours graves et peuvent même bien souvent ne pas être reconnues par la seule inspection. Ce sont presque toujours des lésions de sclérose qu'on ne décèle que difficilement. Et ce sont ces lésions qui provoquent ces troubles consécutifs, sont une cause de souffrance pour les malades et d'ennui pour le chirurgien, qui regrette de n'être pas intervenu plus largement.

D'ailleurs, je crois que l'on a exagéré beaucoup les troubles consécutifs à l'ablation totale des ovaires ; cela tient à la grande importance prise par la théorie admise actuellement et qui accorde un rôle prépondérant à la secrétion interne des ovaires. On ne peut pas nier qu'il existe des femmes qui, jusqu'à la ménopause, souffrent de l'ablation de leurs annexes. Il m'est arrivé de laisser parfois de petites portions d'ovaires, dans le but d'éviter ces accidents ; je conservais une portion du volume d'un pois, mais j'ai observé plusieurs cas où des malades opérées de la sorte, continuaient à souffrir beaucoup. On ne doit laisser une partie de l'ovaire que dans les cas où les malades n'accusent que peu de douleurs.

M. Camelot. — J'ai posé cette objection, car la question est actuellement à l'ordre du jour ; j'ai envisagé surtout les cas de fibrome dans lesquels les annexes sont saines.

M. Duret. — Dans les affections aiguës suppurées de la trompe, je suis disposé à laisser les ovaires, au moins en partie, tandis que dans les cas de sclérose il est nécessaire de tout enlever. Dans le cas présent, je reconnais avoir cédé surtout au désir de la malade, qui tenait à une ablation complète dans la crainte d'une récidive quelconque. Il ne faut pas, d'ailleurs, mettre toujours sur le compte de la castration les accidents observés chez certaines malades après l'intervention et j'ai présent à la mémoire le cas d'une jeune fille

qui, longtemps après l'opération, conserva des troubles digestifs accompagnés d'une fatigue extrême, la malade en était arrivée à ne plus vouloir se lever, elle fut guérie par la suggestion et les accidents qu'elle présentait ne pouvaient donc être attribuées à d'autre cause qu'à la névropathie. — Il n'est pas possible à l'heure actuelle de porter un jugement définitif sur cette question, et il est souvent bien difficile de préciser les cas où l'on doit intervenir.

Personnellement, j'ai adopté comme règle de conduite de n'opérer les malades qui souffrent de leurs ovaires que plusieurs mois et même plusieurs années après le début des accidents après avoir employés les moyens médicaux. Il est préférable de tout tenter avant de se décider à intervenir.

(A suivre).

1er CONGRÈS INTERNATIONAL

DE MÉDECINE PROFESSIONNELLE & DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

PARIS 1900

RAPPORT DE M. LE Dr GRASSET

(Suite et fin)

CONCLUSIONS

1. Quoi qu'en disent des confrères, sceptiques ou découragés, il y a une *question déontologique* et elle n'est pas insoluble.

Le but de ce Rapport est de la poser nettement et d'en montrer à la fois l'importance et les difficultés.

D'ailleurs, quoique la déontologie médicale comprenne l'ensemble des devoirs des médecins, nous n'avons mission de nous occuper que des *devoirs des médecins entre eux* et encore

seulement au point de vue des *principes fondamentaux* qui les régissent.

2. L'ignorance de la déontologie (et sa conséquence naturelle, le défaut de confraternité) est une des causes de la crise médicale actuelle, en ce qu'elle discrédite les médecins et déprécie la profession médicale.

Il faudrait qu'aucun confrère ne puisse, le cas échéant, arguer de son ignorance de la déontologie.

Or, actuellement, cette déontologie n'est formulée nulle part. *Elle attend son code*, qui n'est ni dans la loi civile, ni même dans la loi morale usuelle.

3. Et cependant, s'il y a des points de déontologie sur lesquels tout le monde est d'accord, et que par suite il est inutile de discuter et de fixer, il y-a aussi un certain nombre de points litigieux, sur lesquels il serait au contraire nécessaire d'établir une règle générale, acceptée de tous.

Telles sont, par exemple : la question de savoir où commencent et finissent la réclame, la médecine au rabais, la déloyauté dans la concurrence, — la question de la souscription des médecins à des actions d'un établissement hydrominéral, d'un sanatorium ou d'une fabrique de spécialités, — la question des conditions dans lesquelles un client peut changer de médecin au cours d'une maladie, — la question des médecins ambulants, — la question de savoir si on doit accepter tous les médecins comme consultants, — la question de la dichotomie, — la question des consultations gratuites dans le cabinet, dans une policlinique, à l'hôpital...

Nous avons, dans le Rapport, donné notre avis sur ces divers points. Mais cet avis n'est pas celui de tous mes confrères ; parfois même, il n'est pas celui de la majorité de mes confrères ; en tout cas, il ne peut pas avoir force de loi.

4. Il y aurait donc lieu de rédiger un *Code de déontologie médicale*.

Pour que ce code ait toute l'autorité désirable, il faut qu'il n'émane ni d'un individu, ni d'une localité ou d'une région, ni

d'une corporation ou association quelconque ; il faut qu'il émane de la *profession médicate tout entière.*

De plus, il faut un pouvoir, une juridiction, une autorité (purement morale, mais acceptée de tous), chargée d'interpréter ce code et de l'appliquer, seulement dans les cas difficiles.

5. Je propose donc la création d'un *Conseil supérieur de la médecine professionnelle*, qui, grâce à la largeur de sa base de recrutement, représenterait bien la profession entière.

On pourrait le constituer auprès d'un ministère. Mais ses membres, *tous élus* et à fonctions gratuites, seraient désignés par les Facultés et Écoles de médecine, les Académies et Sociétés médicales scientifiques de Paris et de la province, les Syndicats médicaux, les Associations médicales de prévoyance, d'assistance ou de secours mutuels, la Presse médicale...

6. Si vous décidez (ce qui paraît désirable) le renouvellement périodique des Congrès internationaux de médecine professionnelle et de déontologie (tous les trois ans, par exemple, l'année et au siège du Congrès international de médecine), le Conseil supérieur de la médecine professionnelle pourrait y rendre compte, dans un Rapport, de ses travaux pendant la période triennale précédente.

Les élections de renouvellement auraient lieu ensuite.

7. Ce conseil n'aurait du reste à s'occuper que des questions de déontologie *entre médecins*, et nullement des questions entre médecins et collectivités ou individualités extramédicales.

Dans son domaine, le Conseil n'aurait pas à connaître des cas particuliers qui resteraient du ressort des Sociétés et Associations locales, déjà existantes. Mais il interviendrait en appel toutes les fois que les Sociétés locales ou les confrères le saisiraient d'une question de principe à préciser à propos d'un fait particulier.

8. Le premier Conseil élu aurait, de plus, pour mission de rédiger un code déontologique, essentiellement revisable, mais qui aurait force de loi morale.

En tête de ce code, on pourrait inscrire, comme épigraphe, le mot de Marc Aurèle : Ce qui n'est pas utile à l'essaim n'est pas utile à l'abeille. Et chaque jeune docteur en recevrait un exemplaire, le jour de la soutenance de sa thèse, des mains de son président.

9. Il est évident que les détails d'organisation de ce Conseil ne sont énoncés dans ce Rapport qu'à titre d'exemple : ils pourront être renvoyés par le Congrès à l'examen d'une Commission.

Je n'insiste auprès du Congrès que pour qu'il veuille bien discuter une seule chose : la création d'un Conseil supérieur de la médecine professionnelle, chargé de fixer et d'interpréter les principes généraux de la déontologie médicale (devoirs des médecins entre eux), uniquement recruté par l'élection sur une base très large, restant par là même au-dessus des questions de personne et de clocher, s'imposant à tous par son origine et l'indépendance de ses membres, pouvant être institué sans nouvelle loi et sans nouvelle disposition budgétaire, ne créant ni entrave nouvelle, ni contrôle administratif à notre profession libérale, et n'ayant d'ailleurs qu'une autorité morale, comme il suffit entre braves gens qui ne demandent qu'à être éclairés sur leur devoir pour l'accomplir.



Le Secrétaire de la Rédaction: Dr G. LEMIÈRE.

IMP. H. MOREL, LILLE, 77, RUE NATIONALE

Lille. — Imp. H. Morel, rue Nationale, 77.